POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPOŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Lipiec | ROCZNIK DRUGI | 1900.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Przyczyny i leczenie gradówki (chalazion).

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI.

Artykuł kol. Idzikowskiego »Nowy sposób leczenia gradówki«, umieszczony w zeszycie czerwcowym »Postępu Okulistycznego«, nasunął mi myśl ogłoszenia wyników leczenia gradówki, które stosuję od pięciu lat.

Najprzód jednak muszę nieco powiedzieć o przyczynach gradówki i przy tej sposobności zaprotestować przeciw twierdzeniu kol. Idzikowskiego, jakobym wykluczał możliwość pochodzenia gruźliczego gradówki[1]). W artykule moim »Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry lewej powieki górnej i t. d.«[2]), wymienionym przez kol. Idzikowskiego, przytoczyłem zdanie Tangl'a, dowodzącego, że każda gradówka jest utworem gru-

[1]) W tekscie przynajmniej; w przypisku kol. Idzikowski przyznaje, że nie zaprzeczam, iż w niektórych rzadkich przypadkach gradówka przedstawia wytwór gruźlicy.

[2]) Postęp Okulistyczny, luty, r. 1899.

źliczym, i zdanie Deutschmann'a i Weiss'a, którzy zbijali Tangl'a, i od siebie dodałem, iż nie możemy zaprzeczyć, że w niektórych przypadkach gradówka przedstawia wytwór gruźlicy, podobnie jak w innych kiły.

Nie odrzucam tedy możliwości pochodzenia gruźliczego gradówki, lecz nie myślę, aby miało ono miejsce w każdym przypadku tego cierpienia. Chętnie natomiast przyznaję, że niekiedy gradówka jest wypływem gruźlicy.

Zdanie to w wymienionym artykule może za śmiało wypowiedziałem wobec braku przekonywującego dowodu, bo za taki nie może służyć obecność w gradówce komórek olbrzymich. Dodam przeto tutaj, że zdanie to oparłem nie na badaniu wyłuszczonych gradówek, które w moich przypadkach nie wykazywało nigdy prątków Koch'a, lecz jedynie koki, przeważnie gronkowce, ale na ogólnym stanie pewnej liczby chorych, zjawiających się z gradówkami. Jedni z nich przedstawiali wygląd suchotniczy bez zmian chorobowych w płucach, inni stwardnienie w szczytach płuc, inni znów zołzy; niektórzy, lubo zdrowi w danej chwili, chorowali poprzednio, czasem kilkakrotnie, na zapalenie płuc nieżytowe albo pochodzili z rodziny gruźliczej.

Na 119 cierpiących na gradówkę, których spostrzegałem w ciągu pięciu lat ostatnich, było 6 z wyglądem suchotniczym, 5 ze zmianami w szczytach płuc, 15 zołzowych, 5 chorowało poprzednio na zapalenie płuc nieżytowe, 8 miało gruźlicę w rodzinie. Razem, licząc bez zołzowych, było 24 podejrzanych o gruźlicę, t. j. nieco więcej, niż 20%. Dwóch z pomiędzy nich zmarło później na gruźlicę.

Wszystko to nie stanowi niezaprzeczonego dowodu zależności pewnej części przypadków gradówki od gruźlicy, bo nie każde cierpienie u chorego gruźliczego musi być koniecznie gruźliczem, ale daje zasadę do przypuszczenia, że przynajmniej w niektórych z tych 24 przypadków gradówka była skutkiem gruźlicy.

W znacznej większości moich przypadków gradówki chorzy nie przedstawiali żadnego zboczenia w stanie ogólnym; cierpienie musiało być uznanem za miejscowe, zależne od nie-

żytu spojówki i zapalenia brzegu powieki, które przez zamknięcie przewodu gruczołu Meiboma i zatrzymanie w tym ostatnim wydzieliny wywołują podrażnienie, objawiające się zapaleniem przewlekłem tkanki dokoła gruczołu. Nieżyt zakaźny spojówki, prowadzący do powstawania gradówek, czasem po kilka jednocześnie, albo jednej po drugiej, nazywany przez autorów francuskich »conjonctivite à chalazion«, stale sprowadza zapalenie przewlekłe tylnej krawędzi brzegu powiekowego i przestrzeni międzykrawędziowej, w której otwierają się wyloty gruczołów Meiboma.

Niemiarowość oka, wywołując częste przekrwienie spojówki i nieżyt jej przewlekły, sprzyja powstawaniu gradówek. Priouzeau[1]) u 95% cierpiących na gradówkę znalazł wadliwości refrakcyi, najczęściej nadmiarowość.

Ja dość często znajdowałem u chorych na gradówkę zwężenie przewodu łzowego z następczem zapaleniem brzegu powiekowego, a czasem i nieżytem spojówki. Takich chorych na 119 było 36 (30,25%), z których 2 przedstawiało jednocześnie stwardnienie w szczycie płuc, 2 miało gruźlicę w rodzinie i 5 było zołzowych. Obecnie w każdym przypadku gradówki dokonywam badania przewodu łzowego.

Nieżyt spojówki i zapalenie brzegu powiekowego w różnych postaciach, bez zwężenia przewodu łzowego, miały miejsce w 72 przypadkach, z których w 4 był jednocześnie wygląd suchotniczy, w 3 stwardnienie w szczycie płuc, w 4 było poprzednio zapalenie płuc nieżytowe, w 6 gruźlica w rodzinie, w 7 zołzy.

U 11 chorych było silne przekrwienie spojówki i brzegu powiekowego; z pomiędzy nich 2 miało wygląd suchotniczy, 1 chorował na zapalenie płuc nieżytowe, 3 cierpiało na zołzy. —

Wadliwości refrakcyi spostrzegano u 32 chorych (u 13 nadmiarowość, u 16 niezborność nadmiarowa, u 1 niedomiarowość, u 2 niezborność niedomiarowa), co stanowi 27% cier-

---

[1]) Annales d'Oculistique, février, 1898, p. 126.

piących na gradówkę, znacznie przeto mniej, niż u Priouzeau. 17 z nich miało jednocześnie nieżyt spojówki, 9 zwężenie przewodu łzowego z zapaleniem brzegu powiekowego, 5 silne przekrwienie spojówki. Tylko u ostatnich (z których u 4 była niezborność nadmiarowa, a u jednego nadmiarowość) niemiarowość oka mogła wywołać wyłącznie gradówkę, u innych mogła tylko przyspieszyć wystąpienie tego cierpienia przez podtrzymywanie i pogorszenie nieżytu spojówki i zapalenia brzegu powiekowego.

Widzimy z powyższego, że w wielu przypadkach mogło kilka przyczyn złożyć się na wywołanie gradówki. Mianowicie:

U 2 chorych było silne przekrwienie spojówki, brzegu powiekowego i podejrzenie co do gruźlicy.

» 3 chorych było silne przekrwienie spojówki, brzegu powiekowego i zołzy.

» 5 chorych było silne przekrwienie spojówki, brzegu powiekowego i wadliwość refrakcyi.

» 1 chorego było silne przekrwienie spojówki, brzegu powiekowego, niemiarowość i podejrzenie co do gruźlicy.

» 3 chorych było zwężenie przewodu łzowego, następowe zapalenie brzegu powiekowego i podejrzenie co do gruźlicy (jeden z nich umarł później na gruźlicę).

» 1 chorego było zwężenie przewodu łzowego, następowe zapalenie brzegu powiekowego i wadliwość refrakcyi.

» 4 chorych było zwężenie przewodu łzowego, następowe zapalenie brzegu powiekowego i zołzy.

» 1 chorego było zwężenie przewodu łzowego, następowe zapalenie brzegu powiekowego, zołzy i wadliwość refrakcyi.

» 7 chorych było zwężenie przewodu łzowego, następowe zapalenie brzegu powiekowego i wadliwość refrakcyi.

» 20 chorych było zwężenie przewodu łzowego, następowe zapalenie brzegu powiekowego i czasem nieżyt spojówki.

» 15 chorych był nieżyt spojówki, zapalenie brzegu powiekowego, podejrzenie gruźlicy (jeden z nich umarł później na to cierpienie).

U 2 chorych był nieżyt spojówki, zapalenie brzegu powiekowego i wadliwość refrakcyi.
» 5 chorych był nieżyt spojówki, zapalenie brzegu powiekowego i zołzy.
» 13 chorych był nieżyt spojówki, zapalenie brzegu powiekowego i wadliwość refrakcyi.
» 35 chorych był tylko nieżyt spojówki i zapalenie brzegu powiekowego bez innych zmian.

Pierwsze miejsce między przyczynami zajmuje przeto nieżyt spojówki i zapalenie brzegu powiekowego (72 przypadki, t. j. 60,6%), drugie zwężenie przewodu łzowego (36; 30,25%), trzecie niemiarowość (32; 27%), czwarte gruźlica (24; 20%) piąte zołzy (15; 12,6%), mogące być uważane za postać złagodzoną gruźlicy.

Jako środek leczniczy zalecam we wszystkich przypadkach gradówki, bez względu na jej pochodzenie, następującą maść do pomazywania na noc powierzchni skórnej gradówki, lekko ją przytem wcierając:

Jodi puri	. . .	0,20.
Kali jodati	. . .	0,60.
Lanolini	. . .	4,00.
Ol. Vaselini	. .	
Aq. destill. aa.	.	0,80.

Początkowo przepisywałem tę maść, bez wielkiej wiary w jej skuteczność, chorym, którzy nie zgadzali się na operacyę. Wkrótce jednak przekonałem się, że pod jej wpływem gradówka w wielu przypadkach znika w zupełności. Wskutek tego obecnie w każdym przypadku stosuję z zasady najprzód maść, a dopiero przy jej nieskuteczności uciekam się do wyłuszczenia gradówki.

Jak wyżej wymieniłem, miałem w ciągu ostatnich pięciu lat 119 chorych z gradówką[1]; z pomiędzy nich trzech nie chciało czekać na skutek leczenia, lecz wolało natychmiast poddać się

¹) Na ogólną liczbę ośmiu tysięcy chorych ocznych.

operacyi, która też została dokonaną. Pozostałych 116 leczyło się wymienioną maścią. Oddzielam od nich 27, przedstawiających gradówkę w okresie początkowym, w którym, jak wiadomo, cierpienie to ustępuje dość często samodzielnie bez żadnego leczenia; lubo znikło ono w tych przypadkach przy stosowaniu maści, możemy mieć wątpliwość, czy stało się to wskutek maści, czy niezależnie od niej. Pozostaje tedy 89 chorych, u których gradówka różnej wielkości istniała nie mniej jak 6 tygodni wedle słów chorych, a prawdopodobnie dłużej, bo chorzy zwykle przeoczają początek cierpienia. W przypadkach tych gradówka nie przedstawiała żadnych objawów zapalnych, ani bolesności, i przestała powiększać się. Z wymienionych 89 chorych było 15 mających po 2 gradówki, 6 po 3 i jeden 5 gradówek.

Wynik leczenia maścią jodową był następujący: U 5 chorych gradówka zniknęła w ciągu 2 tygodni; u 9 (z których 3 miało po 2 gradówki) w ciągu 15—30 dni; u 26 (z których 4 miało po 2, a 2 po 3 gradówki, jeden z tych ostatnich umarł później na gruźlicę) w ciągu 31—60 dni; 15 chorych (z których 2 z 2 gradówkami, a 1 z 3), przeważnie przyjezdnych, straciłem z oczu, skutek przeto leczenia pozostał dla mnie nieznanym. U 25 chorych (z których 3 z 2 gradówkami [z nich jeden umarł później na gruźlicę], a 1 z 3) cierpienie nie ustąpiło mimo stosowania maści przez trzy miesiące, wskutek czego została dokonana operacya.

U 2 chorych, przedstawiających po 3 gradówki, od maści w 15—40 dni znikły dwie, a jedna u obu musiała być wyłuszczoną; u 3 chorych, mających po 2 gradówki, ustąpiła od maści jedna w 18 dni u jednego, w 27 u drugiego, w 35 u trzeciego, druga u trzech była operowaną.

Jeden chory miał 5 gradówek jednocześnie, po dwie na każdej z górnych powiek i jedną na dolnej lewej. Pod wpływem maści znikły trzy, dwie zaś (jedna na górnej prawej powiece, druga na górnej lewej) zostały wyłuszczone.

Było 3 chorych, którzy cierpieli na gradówkę kilkakrotnie w różnych odstępach czasu; jeden z nich 3 razy, dwóch po

2 razy. Pierwszy dwa pierwsze razy został uleczony maścią, stosowaną w ciągu 2 i 3 tygodni, za trzecim razem musiał być operowanym; z dwóch drugich jeden dwukrotnie pozbył się cierpienia przy pomocy maści w ciągu 4 i 3 tygodni, drugi pierwszym razem został uleczony po 4 tygodniach, za drugim razem był operowanym.

Po wyłączeniu 15 chorych z nieznanym wynikiem leczenia, pozostaje nam 74, z których u 41, t. j. w 55,4%, maść była dostateczną do usunięcia gradówki; do liczby operowanych (33) wliczyłem tych także, którym przy kilku gradówkach choć jedna została wyłuszczona. Dokładniejsze przeto obliczenie otrzymamy, jeżeli zestawimy nie chorych, lecz oddzielne gradówki. U wymienionych 74 chorych było 103 gradówek; z nich ustąpiło pod wpływem maści 65, operowanych było 38.

Stosunek pierwszych do liczby ogólnej wynosi nieco więcej, niż 63%.

Maść jodowa działa na gradówkę niezależnie od ilości i jakości przyczyn, które przypuszczalnie sprowadziły cierpienie, i niezależnie od liczby gradówek, jednocześnie istniejących, podobnież jak liczba gradówek u jednego chorego nie jest w żadnym stosunku do tych przyczyn wywołujących.

Działalność maści polega na jodzie; maść, zawierająca tylko jodek potasu, pozostawała u mnie bez skutku.

Przy gradówce, a także po jej usunięciu, czy to przy pomocy maści, czy operacyjnem, stosowałem w odpowiednich przypadkach leczenie nieżytu spojówki i zapalenia brzegu powiekowego; przy zwężeniu przewodu łzowego sondowanie, przy niemiarowości oka odpowiednie szkło, wszystko to, aby zapobiedz pojawianiu się gradówek w przyszłości. Przy istnieniu gruźlicy i zołzów zalecano odpowiednie leczenie ogólne.

Maść jodowa nie wywołuje bólu, który może powstawać przy wstrzykiwaniach jodoformu eterowego, nie robi na chorych wrażenia operacyi, jak wstrzykiwania i może być stosowaną bez pomocy lekarza, co ma znaczenie szczególniej dla chorych przyjezdnych.

Czy maści tej używają gdziekolwiek przeciw gradówce i z jakim skutkiem, nie wiem, i nie przypominam sobie, abym gdzie czytał o zastosowywaniu jej w tem cierpieniu.

2. Jeszcze słowo o syfilitycznem zapaleniu rogówki.

Podał
BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

W pierwszych zeszytach »Postępu« z b. r.[1]) mówiłem o rzadkich postaciach zapalenia rogówkowego, występujących na podstawie kiły wrodzonej. Dziś przychodzi mi zwrócić uwagę czytelnika na przypadek, przemawiający za tem, że postać przeze mnie nazwana keratitis nodosa syphilitica może także i u dorosłych na podstawie kiły nabytej powstać.

Przypadek ten jest tem ciekawszy, że zapalenie, występujące w klinicznej postaci pryszczykowego, przeszło, przy niestosownem leczeniu, a raczej nieuwzględnieniu swoistej przyczyny, w niezwykłą postać miąższowego zapalenia, znikło zaś względnie szybko po leczeniu antisyfilitycznem.

Anna D., 50 l., przybyła do krakowskiej kliniki uniwers. w roku 1899 dnia 15 maja, podając, iż przed trzema laty zachorowała na oba oczy, leczyła się u bab wiejskich, które rozpoznały »psie oczy« i »wywierały«, ale bez skutku. Od czasu do czasu miewała bóle w oczach, w czole i głowie; od 10 zaś tygodni nic lewem okiem nie widzi. Przyznaje się, że przed 10 laty przebywała lues; w jakiej postaci i czy w chwili przedstawienia się chorej były jakie tejże ślady, nic w protokołowej książce nie zapisano.

Rozpoznanie brzmiało wtenczas: *Synechiae circulares posteriores oc. dex. Seclusio pupillae et glaucoma consecutivum oc. sin. post iritidem syphiliticam.* Wzrok wynosił na pr. o. $^{5}/_{15}$ Em.

[1]) Zob. zeszyty: styczniowy, lutowy i marcowy z 1900 r.

Na l. o. było tylko poczucie światła. Tpr. norm. Lo. + 2. — Dnia 16/V wykonano na pr. o., a dnia 3/VI na lewem iryde-ktomię górą. U lewego oka był krwotok dość znaczny, a na-pięcie, lubo zmalało, zawsze jeszcze pozostało podwyższonem. Zamierzono wprawdzie powtórną wykonać operacyę, ale chora na nią się nie zgodziła. — Przed wypuszczeniem chorej 9/VI wzrok wynosił: pr. o. = palce 5 mt., l. o. = 2,5 mt. Zapisano w książce protokołowej, że u pr. o. tarcz była prze-krwioną, ale ciało szkliste czyste; dlaczego wzrok tak niski, z opisu trudno wywnioskować. U l. o. można było granice tar-czy rozeznać, T. zawsze + 1. Wypuszczając chorą do domu, przepisano KJ i pilokarpinę do oka lewego.

Dnia 6/XII 1897 przybyła chora po raz drugi do kliniki, gdzie wpisano rozpoznanie: *Conjunctivitis trachomatosa stad. II et III, hypertrophia tarsi, coloboma iridis artif. oculi utriusque. Cataracta corticalis dextri, nucleocort. sin.* — Badanie wzroku wykazało: V. pr. o. = palce dwa metry. L. o. = il. św., lokali-zacya od dołu niepewna. Chora zeznała wtenczas, że po ope-racyach, wykonanych przed 10 laty, widziała dobrze aż do zeszłego roku. Przepisano chorej do domu skopol. z atrop. i zinc. et cupr. sulf.

Dnia 7 stycznia b. r. stawiła się chora z powodu zao-strzenia zapalenia ócz, od dwóch tygodni trwającego, prosząc o pomoc w klinice. Mając sposobność stan oka osobiście bliżej oznaczyć i przebieg choroby szczegółowo śledzić, pozwalam sobie niezwykły przypadek ogłosić. W opisie podam tylko najważ-niejsze, przedmiotu dotyczące okoliczności, uzupełniając ana-mnezę tem, że chora miała mieć 9 dzieci, z których 5 straciła w różnym wieku; nadto przechodziła kilka poronień. O przy-czynach śmierci dzieci i powodach do poronień bliższych szcze-gółów przy słabej inteligencyi chorej zasięgnąć nie mogłem.

Na spojówkach powiekowych w obu oczach znaczą się blizny i pozostałe jeszcze jagiełki, tu i owdzie zaś dość wy-bitny przerost ciała brodawkowego.

Prawe oko: spojówka gałki silnie przekrwiona, nieco na-brzmiała. W pobliżu rąbka dołem zewnątrz szereg nalotów

żółtych, ściśle ograniczonych, nad powierzchnię rogówki dość silnie wystających, wielkości łebka od szpilki. Prócz tego zaćmienie znacznie mniej ścisłe, stalowo szare, ograniczone ku dołowi linią półkolistą, sięgającą prawie do środka rogówki. Zaćmienie zdaje się leżeć w tylnych warstwach. Przednia komórka głęboka, źrenica wąska dosyć nieruchoma wskutek tylnych przyczepów, w tęczówce coloboma sztuczne górą, a soczewka zupełnie zaćmiona.

Stan spojówki lewego oka ten sam, co i prawego. Rogówka lekkie przedstawia zmętnienie. Źrenica wąska zasłonięta częściowo wysiękową błonką łączy się z dość regularną górną szparą tęczówki, zresztą tęczówka w kilku miejscach przedstawia stan zanikowy, tak, że przez nią przebija soczewka zupełnie zaćmiona. Chora skarżyła się na ciśnienie, ból i łzawienie w prawem zupełnie ślepem oku. Tyle co do ócz.

Błona śluzowa nosa przedstawiała przewlekły nieżyt, a przy nozdrzach wyprysk pozornie skrofuliczny.

Cierpienie, dla którego chora zgłosiła się, miało znamię *keratitis punctata anterior* u osoby, która przeszła jaglicę. Polecono stosowanie maści kseroformowej, atropiny, ciepłych okładów, zrobiono wyciśnięcie pozostałych jaglic, przestrzykiwano nos lysolem, zasypywano proszkiem boro-taninowym. Gdy sprawa rogówkowa nic się nie zmieniała, gdy nacieki owe swą barwę żółtą i wygląd zachowywały, przypaliłem znaczniejsze galwanokauterem. Ale i ten rękoczyn stanu zapalnego rogówki nie zmienił, gdyż pod strupem pozostała jeszcze warstwa słoninkowata.

Wobec tej uporczywości, a więcej jeszcze wobec niezwykłego wyglądu owych nalotów, poddałem chorą bardzo ścisłemu badaniu przez lupę przy ogniskowem oświetleniu i znalazłem przytem, co następuje: Górna część rogówki prążkowano zmętniona. Zmętnienie to ciągnie się od górnego brzegu aż poza środek linią półkolistą, górna część znowu tego zmętnienia pokryta jest dość gęstemi, lecz powierzchownemi naczyniami.

Przy odpowiedniem nastawieniu ogniskowego oświetlenia można było rozpoznać głębokie naczynia pędzelkowate, ciągnące

się poza powierzchownemi naczyniami aż do owego miejsca, gdzie prążkowane zaćmienie rogówki się kończy. Najgęściej znajdują się owe naczynia po stronie zewnętrznej, gdzie nawet udaje się rozpoznać warstwę tych pędzelkowatych naczyń głęboką czyli tylną i przednią, ale zawsze głębszą od naczyń powierzchownych, t. j. pannusowych. Te głębokie naczynia skierowane być się zdawały do owych nalotów żółtych.

Oczywiście obraz kliniczny bardzo był zatarty jużto przez sprawę jaglicową, już to przez galwanokaustykę nalotów, tyle jednak był znamiennym, tyle odrębnym od zwykłego zapalenia skrofulicznego czy też jaglicowego, iż skłaniał do przypuszczenia swoistego zajęcia syfilitycznego. Przypomniałem sobie owe syfilityczne zapalenia guzeczkowe, jakie dotychczas tylko u dzieci syfilitycznych spotykałem, a z drugiej strony owo prążkowane głębokie zaćmienie przemawiało znowu za zapaleniem miąższowem, zasłoniętem przez pannus. Wobec anamnezy, a nie mniej wobec uporczywości nie tylko sprawy ocznej, ale także i wyprysku nosowego, skłaniałem się do przyjęcia podstawy syfilitycznej i poddałem chorą stosownemu leczeniu, mianowicie zastrzykiwaniu w pośladki dwujodku rtęci, rozpuszczonego w oliwie. Już po pierwszem zastrzyknięciu, zastosowanem 5 lutego, oko lepszy przedstawiało wygląd; polepszenie też w miarę dalszych zastrzykiwań postępowało, a z tem i wyprysk nosa znikał.

Po dziesięciu zastrzyknięciach stan zapalny oka prawego zupełnie ustąpił. Owe żółte naloty, o ile poddane były galwanopunkturze, pozostawiły blizny, inne znikły bez śladu, także owo prążkowane zaćmienie rogówki ustąpiło, tylko naczynia głębokie świadczyły o sprawie zapalnej, w miąższu rogówkowym przebytej.

Wzrok oczywiście wobec rozwiniętej już zaćmy nie poprawił się, ale poczucie światła, które na lewem oku było niepewne, z wadliwą lokalizacyą, i tu o tyle się poprawiło, że chora i słabe światło dobrze tem okiem mogła rozpoznawać. Z tego możnaby wnioskować, iż oprócz sprawy rogówkowej i owa jaskra miała podstawę syfilityczną. A że syfilis do jaskry

wskutek zmian w naczyniach ocznych usposabia, o tem miałem niejednokrotnie sposobność przekonać się. Odnośny znamienny przypadek przytoczyłem na międzynarodowym zjeździe okulistów w Heidelbergu r. 1888 [1]).

Wkońcu dodaję, że na zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników w Dysseldorfie w roku 1898 Peters omówił trzy przypadki kilakowego zapalenia rogówki. W jednym przypadku zachodziły liczne drobne ogniska, w dwóch innych przyszło do pojedynczych większych wytworów w rodzaju guzów rogówkowych [2]).

II. NOWE PRZYRZĄDY.

Przyrząd, służący do aseptycznego przechowywania nici.

Dr Albert Pflugk, okulista z Drezna, opisuje przyrząd swego pomysłu, za pomocą którego można z łatwością wyjaławiać i w jałowym stanie aż do chwili użycia wygodnie przechować jedwabne nici wraz z igiełkami. Przyrząd ten składa się z mocnego, mosiężnego, niklowanego drutu, zgiętego w regularny czworobok, którego jeden bok ma mniej więcej 25 cm długości. Dwa przeciwległe boki opatrzone są metalowemi listewkami, w których znajdują się szparkowate wcięcia w liczbie 15stu na każdej. We wręby te wciska się końce nitek jedwabiu, pociętych na równe, przeszło 25 cm długie kawałki. W ten sposób nitki te lekko napięte ułożone są w porządku, jak struny arfy lub cytry. Każda może być zaopatrzona nawleczoną już igiełką. Tak urządzone ramki wraz z rozpiętemi na nich nitkami wkłada się, chwytając przyrząd za małą metalową rączkę, do wrzącego rozczynu sody, po wygotowaniu zaś

[1]) Siebenter period. Internat. Ophthalm. Congress. Wiesbaden. I. F. Bayern, p. 284).

[2]) Verhandl. der Gesellschaft deutscher Naturforscher u. Aerzte. 70. Versammlung zu S. Duesseldorf. 1898. II. Haelfte, p. 268.

przenosi do naczynia wypełnionego wyjałowionym rozczynem soli lub boru. Bezpośrednio przed użyciem chwyta się igiełkę imadłem, nie dotykając nitki palcami, a nitkę nożyczkami odcina się od wrębów, w które końce jej są wetknięte. Taki sposób przygotowywania ma tę zaletę, że po wyjałowieniu aż do chwili użycia pogrążone są one w jałowym płynie, a nadto, że nitki nie zwijają się i nie plączą się ze sobą. *K. W. M.*

III. STRESZCZENIA.

Badanie wziernikiem i przeświecanie; część przednia dna oka. (Moyens d'explorer par l'ophtalmoscopie et par translucidité. La partie antérieure du fond oculaire, le cercle ciliaire y compris). Trantas. (»Archives d'Ophtalmol.« Czerwiec. 1900).

Wiadomem jest, że wziernikiem nie można oświetlić bliższych części dna oka, niż w odległości 7,5 mm. u hyperopów, a 10 mm. u myopów od brzegu rogówki, tak, że okolica c. rzęskowego w zwykłych warunkach jest niewidzialną. Tr. rozszerza silnie źrenicę, i w znieczuleniu kokainowem uciska okolicę ciała rzęskowego palcem, a, zbliżając ją w ten sposób do osi gałki, znajduje możność badania i tych części oka. Obraz jest ten sam, jaki się znachodzi w przypadkach iryderemii wrodzonej. Nawet oświetleniem ogniskowem, patrząc skośnie w źrenicę, można części te widzieć. Że widziane w ten sposób części są rzeczywiście c. rzęskowem, przekonać się można, wbijając w c. rzęskowe szpilkę, albo zdrapując jakiem narzędziem barwik z c. rzęskowego. Drugi sposób badania tych okolic polega na przeświecaniu. Jeśli ustawimy silne światło, a jeszcze lepiej, jeśli światło, padające z boku gałki,ześrodkowujemy silną (+ 30) soczewką na źrenicy, to po przeciwnej stronie utworzy się na twardówce przez przeświecenie obrazek, poruszający się w kierunku odwrotnym niż źródło światła; obrazek ten w okolicy, odległej na 7 mm. od rogówki, ginie, ale jeśli uciśniemy c. rzęskowe palcem, to jeszcze można przeświecać części dna, leżące zaledwie na 4 mm. od rogówki. Katarakta nie przeszkadza temu badaniu. Używając tej metody, Tr. był w stanie, obok odczuwania urazowego siatkówki, widzieć i oderwanie c. rzęskowego; w tym razie obrazek był nader jasny; twardówka doskonale przeświecała; gdy c. rzęskowe jest prawidłowe, obrazek, choć widzialny, dużo traci w tej okolicy

natężenia świetlnego, jest ciemniejszy. Jeśli przy obecności katarakty te okolice źle przeświecają albo też wcale nie, to świadczy to o jakiemś powikłaniu na dnie oka. Wynaczynionki podspojówkowe nie przeszkadzają temu badaniu.

(Szczegółów należy poszukać w oryginale).

Dr Brudzewski.

Badania doświadczalne nad wpływem bocznego olśnienia na naosiową bystrość wzroku. (Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss seitlicher Blendung auf die centrale Sehschärfe). Dr R. Depène z Wrocławia. (»Klinische Monatsbl.« 1900. V i VI).

Znanem jest zjawisko, że odległe przedmioty, znajdujące się w tej stronie widnokręgu, gdzie w danej chwili słońce nisko świeci, a zatem na wschodzie w rannej, lub na zachodzie w popołudniowej porze, widziane są w zarysach zatartych i bez porównania gorzej, aniżeli przedmioty po przeciwnej stronie widnokręgu. Zupełnie podobnie — przedmiotów umieszczonych pod oknem, ponad oknem lub między oknami nie widzimy dość dokładnie, patrząc na nie z głębi pokoju, i dlatego ściana między oknami jest dla obrazów najniekorzystniejszą. Rysów twarzy osoby, odwróconej plecyma do okna, przez które wpada jaskrawe światło, nieraz rozpoznać nie jesteśmy w stanie, jakkolwiek bezwzględne oświetlenie twarzy jest zupełnie wystarczające. Znanem jest również każdemu, że, gdy o zmroku zaświecimy lampę w pokoju, natychmiast czarno się robi za oknem i przedmioty, przed chwilą wcale jeszcze dobrze widzialne, znikają dla oka zupełnie. Tu należy także fakt, że gwiazdy wśród dnia niedostrzegalne widzimy na niebie wyraźnie, patrząc na nie z dna studni lub z głębokiego dołu. —

Wszystkie te codzienne zjawiska znajdują wyjaśnienie w szkodliwem działaniu olśniewającego światła na bystrość naszego wzroku. Dr Depène, zachęcony przez prof. Uhthoffa, który już w roku 1885 rozpoczął badania nad wpływem olśnienia na bystrość wzroku, wykonał szereg nowych doświadczeń, starając się im nadać możliwie największą ścisłość naukową. W tym celu posługiwał się autor następującem urządzeniem: W ciemnym pokoju ustawiony był stół, przy którym zasiadał badany, kładąc brodę na odpowiedniej podpórce. Na wprost badanego leży deseczka, opatrzona centymetrową podziałką, po której można przesuwać tarczę z wydrukowanemi na obwodzie liczbami różnej wielkości. W okienku tej tarczy, odpowiednio oświetlonem, można badanemu pokazywać coraz to inne liczby i w ten sposób oznaczyć jego bystrość wzroku. Równocześnie na oko badane skierowany jest wąski promień światła, wychodzący

przez mały otwór w nieprzeźroczystym czarnym płaszczu metalowym naftowej lampy. Snop ten światła, którego natężenie możemy dowoli zmieniać, zbliżając lub oddalając lampę, ma za zadanie wywoływać olśnienie badanego oka. Równocześnie odczytujemy wprost na stole również dowolnie zmienną wielkość kąta, pod jakim światło to wpada do oka.

Doświadczenia urządzał autor w ten sposób, że badał bystrość wzroku u siebie, u prof. Uhthoffa i u kilku słuchaczów medycyny przy niezmiennnem oświetleniu tarczy z liczbami, zmieniając tylko natężenie i kąt padania promienia »olśniewającego«. Następnie badał wpływ olśnienia przy różnych stopniach oświetlenia tarczy, służącej do badania bystrości wzroku. Dzięki cienkości promienia »olśniewającego« mógł autor oświetlić nim dowolnie albo pewną okolicę samej tylko twardówki, albo też wpuścić światło do oka przez źrenicę. —

Oto ostateczne wnioski, do jakich Dra Depène upoważniają jego doświadczenia:

1. Boczne olśnienie sprawia pewną, co prawda nieznaczną, poprawę naosiowej bystrości wzroku, jeżeli oświetlenie przedmiotów jest dobre. Przyczyną tej poprawy wzroku jest zwężenie źrenicy, spowodowane olśnieniem, skierowanem czy to do samej źrenicy, czy też tylko na twardówkę.

2. Boczne olśnienie sprawia upośledzenie naosiowej bystrości wzroku przy słabem oświetleniu przedmiotów oglądanych. Przyczyna tego obniżenia bystrości wzroku leży w upośledzeniu zdolności adaptacyjnej siatkówki olśnionego oka.

Obniżenie wzroku jest tem znaczniejsze:

a. Im słabsze jest oświetlenie przedmiotu.

b. Im mniejszy jest kąt olśnienia (Blendungswinkel).

c. Im większe jest natężenie promienia »olśniewającego«.

d. Im rozleglejsza część siatkówki doznaje olśnienia.

Na zakończenie dodać należy, że już przed Depènem Urbantschitsch i Schmidt-Rimpler zwrócili byli uwagę na występujące w pewnych warunkach zaostrzenie wzroku przy bocznem olśnieniu, ale dopiero w pracy, której treść podajemy, znachodzimy zadawalniające wyjaśnienie tego zjawiska.

Dr K. W. Majewski.

Poszukiwania anatomo-patologiczne nad drogami łzowemi u dorosłego i u noworodków. (Recherches sur l'anatomie et la patologie des voies lacrymales chez l'adulte et le nouveau-né). Rochon-Duvigneaud. (»Archiv. d'Ophthalmol.« Maj. 1900).

Praca niniejsza, wykonana na podstawie licznych przekrojów mikroskopowych odwapnionych czaszek, jest nader zajmującą i ilu-

strowaną jest licznymi rysunkami topograficznymi, bardzo instruktywnymi, a treść jej daje się sprowadzić do następujących wyników:

Błona śluzowa woreczka i przewodu noso-łzowego podobną jest do błony śluzowej spojówki przez obecność przybłonka cylindrycznego i brak prawdziwych gruczołów. Posiada jednak obfitą ilość przybłonka kubkowego (caliciforme), umiejscowionego przeważnie w załamkach błony śluzowej. Prócz tego znachodzi się w tkance podśluzowej sieć limfatyczną również obfitą jak spojówka, tylko, że podśluzowa przewodów łzowych jest o wiele grubsza i zbitsza, niż spojówki, oraz o wiele obficiej unaczyniona. Przewód noso-łzowy pierwotnie nie ma połączenia z jamą nosową i jest w dole zamknięty aż do przodu. W przebiegu całego przewodu nie ma rzeczywistych przegród, tylko są silne zwężenia pierścieniowate, i to jest zjawiskiem dość częstem. W tych »przeponach« nieraz otwór jest tak maleńki, że lekki obrzęk błony śluzowej już go zamknąć zdoła i w ten sposób przyczynić się może do niedrożności. Byłaby tutaj zatem przyczyna niedrożności wrodzona. Zwężenia te, częste u noworodka, rzadkie są u dorosłego. Ujście nosowe, chociaż u noworodka zamknięte, przecież rzadko przyczynia się do rozdęcia woreczka łzowego — i to tylko tem tłómaczyć należy, że łuszczenie się przybłonka w drogach łzowych nie jest tak obfitem, iżby rozdęcie powodować mogło. A chociaż także rozdęcie nieraz u noworodka znajdujemy, jednak rzadko, to tego za dacryocystitis uważać nie należy. Dopiero po urodzeniu, gdy ruchy powiek wpędzą do worka łzowego wydzielinę spojówek wraz z zarodkami, które się do spojówki z otoczenia dostają, wtedy do mechanicznego rozdęcia dołączyć się może zakażenie, a z niem zapalenie prawdziwe wraz z obecnością ropy. A że znowu z drugiej strony jednorazowe przesondowanie dróg łzowych usuwa sprawę zapalną, to dowodzi, jak sama sprawa zapalna zajmuje stanowisko drugorzędne, a nieoddzielną częścią obrzęku (tumeur lacrymale) jest alteracya przewodu. U dorosłego rzecz się ma odwrotnie — predyspozycya anatomiczna niknie i na plan pierwszy występuje zakażenie; a zwężenia, które znajdujemy, są pochodzenia zapalnego. W zapaleniach dróg łzowych należy rozróżniać 2 typy: 1. Zwężenie lub zamknięcie znajduje się gdzieś w środku drogi. Powyżej zwężenia droga cała jest rozszerzona, poniżej jest prawidłowa. 2. Przewód nosowy jest zupełnie zarośnięty od dołu i zamieniony w postronek włóknisty. Zamknięcie to jest wstępujące (obliteratio ascendens), przyczem tutaj towarzyszą znaczne zmiany na błonie śluzowej nosa, podczas gdy spojówka oka jest najzupełniej prawidłową. Otóż owe zmiany nosowe są przyczyną tej obliteracyi wstępującej. Typy te ustanawia R. na podstawie preparatów anatomicznych, tak swoich, jak i innych

autorów. W tym razie sondowanie musi zawieść i tutaj jedynem leczeniem byłoby wyłuszczenie woreczka. Że w tych razach obliteracyi wstępującej nie ma rozdęcia woreczka, to tłómaczy w ten sposób, że zgrubienie ścian istnieje i w woreczku, i zgrubienie to stawia opór silny nagromadzającej się treści. Zejściem tej obliteracyi jest zupełne zamknięcie dróg łzowych odprowadzających. W zwężeniach pierwszego typu zapalenie ogranicza się tylko do miejsca zwężenia; błona śluzowa woreczka nie jest pierwotnie zajęta i poddając się nagromadzonej treści, rozszerza się, nie będąc włóknisto zwyrodniałą.

R. chciałby zwrócić leczenie ku ujściu nosowemu i w tym celu resekuje część muszli, odcina załamek błony śluzowej nosa, zakrywającej otwór nosowy przewodu i, podając sposób tegoż zabiegu, radzi tą drogą przywracać drożność przewodu, oraz stosować środki lecznicze. *Dr Brudzewski.*

Przyczynek do nauki o torbielach tęczówki. (Contribution à l'étude des kystes de l'iris). Lagrange (»Arch. d'Ophthalmol.« Maj. 1900).

L. miał sposobność operowania 2 cyst tęczówki; jednę pochodzenia urazowego, drugą wrodzoną. Podając dokładnie historyę przebiegu obu przypadków i ilustrując ją obrazkami makro- i mikroskopijnymi, dołącza L. opis histologiczny, przytaczając przytem liczne przypadki obcych autorów, albo tłómaczenie ich powstania. Cysty urazowe mogą być przybłonkowe lub śródbłonkowe, a uraz może być najmniejszy, nieraz mikroskopowy odcinek ciała obcego, zranienie tęczówki wśród punkcyi, irydektomia i t. d.

Co do cyst niewrodzonych, ale nieurazowych, to tłómaczy Schmidt-Rimpler ich powstanie zamknięciem się krypt, na powierzchni tęczówki się znajdujących, a dowodziłaby tego obecność śródbłonka na wewnętrznej ścianie cysty (Collins); tak samo twierdzi Ginsberg, że cysty nieurazowe polegają na zatrzymaniu limfy, są zatem retencyjnymi torbielami.

Rozwodząc się szerzej nad histologią cyst, pragnie L. wprowadzić dla torbieli nomenklaturę na podstawie histologicznej, to jest dzielić je na epi- i mezoblastyczne. Epiblastyczne cysty są te, które powstają wskutek urazowego wgłobienia przybłonka do komórki przedniej, albo wrodzonego wpuklenia ektodermu. Mezoblastycznemi pragnie nazwać te, których ściany wewnętrzne wysłane są śródbłonkiem i wytworzone są wyłącznie z elementów mezoblastu, bez względu na etyologię kliniczną. *Dr Brudzewski.*

Krwawa cysta ciała rzęskowego ze samoistnem wyleczeniem. (Haemorrhagische Cyste des Corpus ciliare mit Ausgang in spontane Heilung). Fritz Mayer. (»Muenchener Med Wochenschrift«. 1899. Nr. 26 i 27).

W r. 1895 przedstawił się w klinice erlangskiej 14letni chłopiec, któremu przed 8 laty odcięto wypadniętą przez ranę rogówkotwardówkową tęczówkę, poczem brzegi szpary przylegały do nosowej granicy rogówko-twardówkowej, w której uwidoczniała się mała fissura. W źrenicy, przesuniętej na bok, widać było poza tęczówką guz przeźroczysty, który soczewkę o jej oś pionową okręcił, a przy bocznem oświetleniu części nosowej przedstawiał się oświetlonym, jakoby lampion jaki. Stawiono rozpoznanie cysty ciała rzęskowego. Po czterech latach, t. j. w r. 1899, widać było w tem miejscu już tylko błonkę zwapnioną, którą obejmowały wyrostki ciała rzęskowego. Cysta ta więc, bez wywołania zaburzeń, w ostatnich czasach pękła. Przypadek ten służyć może na poparcie zapatrywania Eversbuscha, który cysty takie wywodzi z krwotoków do tkanki.

W.

Tłuszczaki podspojówkowe. (Lipomes et dermolipomes sous-conjonctivaux). Lagrange. (»Archiv. d'Ophtalmol.« Czerwiec. 1900).

Przytaczając dość obfitą literaturę, miał L. sposobność operowania 3 przypadków, a poddawszy je badaniu drobnowidowemu, twierdzi, że obok dermolipoma może być i lipoma czyste podspojówkowe. To ostatnie jest rzadkiem bardzo, różni się od dermolipoma tem, że spojówka nie jest z guzem silnie zrośnięta, owszem da się ująć w załamek nad guzem, co u dermolipomów nie jest możliwem. Tam spojówka jest z guzem silnie połączona. Siedlisko jednych i drugich jest podobne od góry zewnątrz, między nasadą muscul. rect. externi, a gruczołem łzowym. Etyologia jest także ta sama i lipoma, tak, jak i dermolipoma, nie powstaje z tłuszczu oczodołowego, i jest także guzem wrodzonym. W przypadku badanym przez L., mimo bardzo dokładnego badania, nie znaleziono w guzie śladu tworów skóry, tak, że guz wyjęty był zwykłym tłuszczakiem i dał się bardzo łatwo wyłuszczyć. *Dr Brudzewski.*

Przypadek zgorzeli powiek i laseczniki dyfterytu. — Z ryciną. — (»Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.« Zeszyt majowy).

W ocznej klinice w Tubyndze spostrzegano rzadki przypadek zgorzeli powiek u 6tygodniowego zdrowego i ze zdrowych rodziców urodzonego dziecka. Już w pierwszych dniach po urodzeniu zauważono na dolnej powiece czerwoną plamkę, z której się utworzył po 14 dniach zgorzelinowy pryszczyk, poczem obrzęk powiek, obfite wydzielanie ropy z pryszczyka i wkońcu stwierdzono zgorzel noso-

wych części obu powiek, okolicy worka łzowego, mięska łzowego, zniszczenie spojówki do rąbka powiekowego i zmętnienie rogówki. Szerokość ubytku w powiekach, dochodzącego do okostnej, wynosiła 18 mm., długość (wysokość) 14 mm. Przy użyciu miejscowem jodoformu i wilgotnej opaski sprawa zaczęła się ograniczać i powierzchnia ubytku poczęła brodawkować. Skoro przy bakteryologicznem poszukiwaniu wykryto laseczniki dyfterytu i wstrzyknięto przeciwbłoniczą surowicę, wyzdrowienie poszło szybciej, poczem pozostały blizny w skórze i spojówce, nieznaczne ściągnięcie powiek i symblepharon.

Zdaniem autora przypuszczalnie przyczyną zgorzeli powiek było tu zakażenie prątkiem Loeffler'owskim, którego działanie najsilniejsze było w chwili przybycia chorego dziecka do kliniki. *Dr J. T.*

Bezsenność wskutek wad refrakcyi. (L'insomnie due aux troubles de la refraction). Trousseau. (»Archiv. d'Ophtalmologie«. Czerwiec. 1900).

T. opisuje 4 przypadki bezsenności, częścią u dzieci, częścią u młodych ludzi, z hyperopią, astygmatyzmem lub niedomogą konwergencyi, gdzie żadne środki lekarskie bezsenności nie usuwały, a dopiero noszenie okularów odpowiednich usunęło bóle głowy, stan nerwowy ogólny poprawiło, przyczem bezsenność znikła.

Dr Brudzewski.

O zawrocie wzrokowym przy braku soczewki. (Ueber aphakischen Gesichtsschwindel). Doc. Dr Klein-Baeringer. — (»Wiener Med. Wochenschrift«. Nr 24. 1900).

Każdemu biegłemu okuliście zdarzają się przypadki, że chorzy na jedno z powodu zaćmy operowani oko szkieł nie znoszą. Przyczyny są dość znane. Autor przytacza atoli przypadek bardzo rzadki, a może jedyny znany dotychczas, gdzie każdorazowe stosowanie szkła dla patrzenia w dal powodowało silny zawrót. Chora 60letnia z cukrzycą, operowana na jedno oko, przy każdem usiłowaniu patrzenia okiem operowanem doznawała silnego zawrotu. Przy dodaniu wypukłego szkła sferycznego + 10, bystrość wzrokowa wynosiła tylko $^6/_{24}$ z powodu zaćmienia torebkowego. Później operowano i drugie oko, a rozcięciem torebki zgrubiałej poprawiono wzrok wpierw operowanego, ale i teraz chora absolutnie szkieł w dal nie znosiła, natychmiast opanowana przez zawrót. Ani przyzwyczajanie powolne, ani też zabarwienie obwodowych części szkieł wystąpienia zjawiska tego nie zmieniało; natomiast chora z chęcią posługiwała się szkłem do czytania + 18 bez tych ujemnych objawów, co zdaje się popierać zapatrywanie autora, że zawroty wy-

woływane były przy patrzeniu w dal polyopią, spowodowaną obwodowymi promieniami. Chora rzeczywiście skarżyła się, że widzi wiele zegarów, drzwi i t. d., przy czytaniu natomiast uwaga skierowaną jest tylko na obraz wywołany środkowymi promieniami i dlatego polyopii nie ma. Niewytłómaczoną rzeczą pozostanie atoli okoliczność, iż objaw ten tak rzadko występuje, a przynajmniej rzadko stwierdzonym został. Współzawodniczy niewątpliwie pewien stopień nerwowości, łatwo dającej się wytłómaczyć u osoby cukrzycowej. — *W.*.

Ciężar wydobytych w torebce soczewek ludzkich. (Das Gewicht der in geschlossener Kapsel extrahirten menschlichen Linse). Dr K. Grunert. (»Centralblatt f. Augenheilkunde«. Juni. 1900).

Dotychczas nie znano ciężaru patologicznie zmienionej soczewki, wiedziano bowiem tylko, że przez przyjęcie płynu objętość jej się zwiększa, a przez ubytek zmniejsza. Dlatego też autor podjął się dokładnego zważenia 28 wydobytych w torebce przy operacyach zaćm soczewek.

Uwidoczniwszy w tablicy wiek, wzrok przed i po operacyi, dokładny ciężar każdej bezpośrednio po wydobyciu soczewki, — dalej okres dojrzałości i powikłania, dochodzi do następujących wyników: Przeciętny wiek operowanych 65,5 l., przeciętny ciężar owych 28 soczewek 0,22 gr., t. j. znacznie niższy od prawidłowego, który według Vierordta 0,28—0,29 gr. Najmniej ważyły soczewki przejrzałe zmniejszone (0,093), najwięcej zwichnięte i zarazem zaćmiewające się (0,347). Przeciętny ciężar niepowikłanych dojrzałych = 0,215, niedojrzałych = 0,247. Wszystkich zaś dojrzałych = 0,218, niedojrzałych = 0,239, co dowodzi, że soczewka zaćmiewa się przez przyjęcie płynu (= zwiększeniu ciężaru), a skoro się zaćmi i komórka przednia przybierze prawidłową głębokość, następuje oddawanie płynu (= zmniejszeniu ciężaru). Co do refrakcyi, to u em. przeciętny ciężar = 0,221, u myop. = 0,236, u hypm. = 0,215. *Łuniewski.*

Znaczenie blizn twardówki w operacyi jaskry. (Ueber die Rolle der Scleralnarben bei Glaucomoperationen). Andogsky et Selensky. (Knapp. »Arch. f. Augenheilk.« XL. 4. 1900).

Eksperymentalnie starają się A. i S. stwierdzić, czy blizny twardówki pooperacyjne są filtracyjnemi, czy nie. Robiono u królików irydektomie i sklerotomie, i w pewien czas po operacyi (1—145 dni) wstrzykiwano do oka jużto emulsyę tuszu, jużto sole żelazawe pod parciem 30 mm. rtęci odpowiednim przyrządem. Następnie zabijano zwierzęta i badano gałki mikroskopowo, jak zachowuje się

rana pooperacyjna pod względem filtracyi cieczy wodnej. Wyniki tej pracy są ciekawe i dadzą się krótko streścić, jeśli opuścimy komentarze teoryi istniejących o tym przedmiocie, oraz liczną literaturę. Blizny po sklero- lub irydektomii są rzeczywiście bliznami filtracyjnemi, ale tylko przemijająco: przez 8—14 dni po operacyi wykazać było można bardzo obfite ilości tuszu tak w samej bliźnie jak i w tkance podspojówkowej około blizny. Znacznie mniejsze ilości barwika znachodzono w 20—40 dni po operacyi; nie było wcale odczynników w bliźnie, gdy wstrzyknięcie tuszu wykonano w 40—145 dni po operacyi — wynikałoby z tego, że blizna po operacyi (sklero- lub irydektomii) ma własności filtracyjne przemijające, które giną po upływie 4 tygodni. *Dr Brudzewski.*

Przypadek mózgowego porażenia dziecięcego z porażeniem drugostronnego mięśnia odwodzącego. (Ein Fall von cerebraler Kinderlaehmung mit wechselstaendiger Abducensparalyse). Dr Eduard Menz. (»Wiener Kl. Wochenschrift«. Nr 19. 1900).

U 10letniej dziewczynki, która w wieku 6 miesięcy po kilkudniowej gorączce dostała porażenia prawej strony i zezu z lewej strony, porażenie znikło w znacznej części, zez jednakże pozostał. Autor znalazł u tego umysłowo dobrze rozwiniętego dziecka prawą hemiparezę z kontrakturami i kurczami odpowiednich kończyn jako zwykły obraz porażenia połowicznego mózgowego, a nadto drugostronne porażenie mięśnia odwodzącego, wskutek czego zez zbieżny się wytworzył. Autor mniema, że porażenie to, niezależne od połowicznego porażenia, przemawia za ogniskiem w pons Varoli, — a wobec tego, że w tym przypadku zachowane były ruchy zespolone ócz obu na lewo, przypuszcza, opierając się na doświadczeniu Gowersa, iż jądro m. lewego odwodzącego nie doznało obrażenia. Jest ono połączone z wiązkami nerwu III dla rectus medialis drugiej strony, który w danym przypadku był sprawny.

Mimo pozornej niezależności przyjmuje autor jednolitość obrażenia, a przypadek ten, lubo niedoszły do autopsyi, czyni równorzędnym przypadkowi Wallenberga, w którym znaleziono ognisko w pniu mózgowym (Hirnstamm). *W.*

Farmaceutyczne i chirurgiczne (wyciskanie) leczenie jaglicy. Dr B. Demidowicz. (»Wojenno-medicinskij Żurnał«. Maj. 1900).

Zdaniem autora doświadczenie, klinika i drobnowid (Raehlman) stwierdzają korzyści wyciskania ziarn przy jaglicy. Stosować je należy przy wyraźnej ziarnistości spojówki, przy elementarnych granulacyach Graefego — wyciskanie bezskuteczne.

Nie robi on go na jednem posiedzeniu, gdyż jest to sposób dość bolesny nawet przy użyciu 10% rozczynu kokainy, powtarza jednak kilka razy, i to nie więcej, niż na 2 powiekach naraz, poczem pole operacyjne zmywa rozczynem sublimatu (1:5000) za pomocą waty, obwiniętej na pałeczce. Takim sposobem leczył on 52 szeregowców, którym uskutecznił 202 razy wyciskanie i 15 razy wyskrobanie.

Stosując się do sposobu zapisywania jaglicowych chorych, używanego w wojsku mosk. woj. okręgu, wyprowadza ze swych spostrzeżeń takie porównawcze wyniki: W I. okresie jaglicy średnia liczba oględzin chorych, leczonych farmaceutycznymi środkami, była 74,3, leczonych mechanoterapią 13,5; w II. okresie pierwszych było 60,3, drugich 34,3; w III. okresie pierwszych było 78,0, drugich 72,0; w IV. okresie (blizny) pierwszych było 32,0, drugich 0. — W końcu swej rozprawy kol. D. tak powiada: »Chociaż mechanoterapia nie rokuje nam wielkich nadziei przy leczeniu jaglicy, jednak nie można nie dać jej pierwszeństwa przed leczeniem farmaceutycznem, że znacznie skraca czas wyzdrowienia«. *Dr J. T.*

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sekcya okulistyczna IX. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Posiedzenie I. w sobotę 21 lipca b. r. w sali wykładowej Kliniki okulistycznej.

Gospodarz sekcyi: prof. Dr Wicherkiewicz. Sekretarz stały: Dr K. W. Majewski.

Początek posiedzenia o godzinie 4 po południu. — Członków obecnych 18.

Prof. Dr Wicherkiewicz, jako gospodarz, przemówił do obecnych temi słowy:

Szanowni Koledzy! Cieszę się, iż przypadł mi z urzędu zaszczyt powitania Panów, zgromadzonych do wspólnej pracy. Witając Panów, serdeczne wyrażam zarazem podziękowanie, żeście Panowie na nasze wezwanie stawić się raczyli.

Od czasu, kiedy w r. 1884 po raz pierwszy zawiązano dla zjazdu lekarzy i przyrodników polskich sekcyę okulistyczną, która zresztą, mimo sceptycznych zapatrywań, głoszonych poprzednio, udała się najzupełniej i wykazała uprawnienie takiej sekcyi, zbierają się po raz czwarty specyaliści polscy.

Skromną jest strawa duchowa, którą sobie przygotowaliśmy, ale mam nadzieję, że pobudzi ona rozprawy, które rozszerzą nasze

zadanie, pogłębią nasze wiadomości, a przedewszystkiem wskażą drogi, któremi nam kroczyć wypada, byśmy nie pozostali, pod względem naukowym, w tyle za innymi narodami.

Nauka, mówimy powszechnie, nie zna narodościowych różnic, ona, przeciwnie, narody łączy.

To pewna — ale, jeżeli łączy narody, to tem bardziej łączyć powinna odpowiednie jednostki społeczeństwa, które powinny dla tej nauki porzucić osobiste niechęci, uprzedzenia, wynikające z braku poznania się, i niskie małostkowości, wstrzymujące od wspólnej pracy. Oby w tym duchu pracowała nasza sekcya, oby torowała drogę przyszłym.

Powracając myślą mimowolnie do naszego pierwszego zebrania w r. 1884, przywodzę sobie na pamięć ś. p. prof. Rydla, który wtenczas obok Szokalskiego, ze starszych, tak żywy w zjeździe brał udział, a który, gdyby nie śmierć nieubłagana, byłby dziś naszym gospodarzem. Ale zabrała nam śmierć, przerzedzając od owego czasu znacznie nasze szeregi, w najświeższym czasie młodego współpracownika ś. p. doc. Dra Sroczyńskiego, który czynny zapowiedział na nasz zjazd udział. Zechciejcie, Panowie, powstaniem uczcić pamięć nieodżałowanej pamięci Kolegów.

Proponuję na honorowych prezesów: Dra Talkę Józefa, prof. Macheka i Dra Kramsztyka. Na sekretarzy zaś: Dra Jarnatowskiego, Dra Bałłabana i Dra Cetnarowicza.

Obecni wnioski te przyjmują.

Na zaproszenie gospodarza obejmuje przewodnictwo Dr Józef Talko.

Przewodniczący wspomina o zmarłych koryfeuszach polskiej okulistyki: Szokalskim i Jodko-Narkiewiczu. Zebrani oddają im cześć przez powstanie z miejsc.

Dr Kramsztyk: *Walka z jaglicą, jako klęską społeczną.*

Wnioski:

1. Nie będziesz nazwy »jaglica« nadużywał.

2. Nie będziesz łamał życia niewinnym uczniom, dlatego tylko, że ci się w oczach jaglica przywidziała.

3. Nie będziesz leczył energicznie lekkich chorób spojówki, abyś nie niósł ludziom krzywdy zamiast dobrodziejstwa.

4. Szkoła powinna lekarzy wykształcić w ten sposób, aby posiadali wprawę w leczeniu chorób oczu, jak w innych dziedzinach. Potrzeba koniecznie udoskonalić praktyczne wykształcenie lekarzy, chociażby kosztem pewnych nauk teoretycznych, albo przedłużeniem studyów lekarskich. Wtedy dopiero chorzy będą mogli mieć wszędzie, zawsze należytą poradę.

5. Oddziały szpitalne dla leczenia chorób oczu, które dziś tylko w stolicach istnieją, powinny być urządzone i w szpitalach prowincyonalnych. Lekarz oddziału będzie mógł w tej gałęzi wyćwiczyć się należycie, a chorzy nie będą zmuszeni tak często dla leczenia i operacyi odbywać dalekich podróży.

6. Oddziały ruchome okulistyczne niosą pomoc niedostateczną, bo nietrwałą, niedoraźną, są zbyt kosztowne; nie odpowiadają dzisiejszym, przynajmniej w naszym kraju, warunkom.

7. Potrzeba niezbędnie urządzić — bardzo skromne — zakłady wiejskie dla chorych na jaglicę. Jest to sprawa dla nas prawie równie ważna, jak sprawa gruźlicy; a że dla krajów zachodniej Europy daleko mniejszą ma wagę, więc czekać na ich inicyatywę i przykład nie należy — sami rozpocząć musimy.

Dr Cetnarowicz: *Leczenie jaglicy.*

Wobec doniosłego społecznego znaczenia szerzenia się jaglicy jako klęski społecznej wśród biednej klasy ludności, wobec szkody, jaką ta klęska przynosi, a niedostateczności przedsiębranych dotychczas środków walki z wrogiem, proponuję:

1. Przestrzeganie ścisłe czystości ciała wogóle, w szczególności rąk, twarzy, oczu.

2. Z chwilą stwierdzenia granulacyi spojówki, postawienie chorego w możliwie dobre warunki hygieniczne, więc dostarczenie mu dużo dobrego powietrza, usunięcie od szkodliwości, wynikających z jego zajęcia.

3. Staranne przemywanie pierwszym lepszym oczyszczającym płynem powiek, brzegu powiekowego, worka spojówkowego, dróg łzowych.

4. W przypadkach wiotkich łatwo krwawiących granulacyi przy obfitej wydzielinie spojówki użycie roztworu saletrzanu srebra, wobec drobnoziarnistych twardych — siarczan miedzi.

5. Gdzie tylko można, stosować, jako jedyny zabieg operacyjny, wyciskanie ziarn za pomocą szczypczyków Knappa bez poprzednich skaryfikacyi.

6. Obficie stosować zimne okłady i przemywania.

7. Łuszczka, prócz wyżej wymienionego leczenia spojówki powiekowej, nie wymaga innego leczenia.

8. O ile można, unikać nakładania opaski na oczy jaglicowe.

9. Nie stosować ciepłych rozgrzewających okładów.

10. Gdzie powyższy sposób leczenia przy istnieniu łuszczki i przy nieznacznej wydzielinie z worka spojówkowego zawodzi, można ostrożnie zastosować *jequirity.*

11. Ściśle indywidualizować każdy przypadek, pomnąc, iż zadaniem lekarza jest przedewszystkiem oszczędzać bólu choremu.

12. Zachęcać lekarzy, praktykujących na prowincyi, do obznajmiania się z leczeniem jaglicy, bądź urządzając dla nich specyalne kursy okulistyczne, bądź delegując ich do czasowego przebywania na klinikach i w lecznicach okulistycznych.

13. Szerzyć wśród ludu wiadomości o jaglicy, obznajomić z jej następstwami za pośrednictwem szkoły, duchowieństwa i lekarzy.

14. Zachęcać i wskazywać konieczność zwracania się o poradę przy najlżejszych objawach cierpienia oczu.

15. Obowiązkowe systematyczne oględziny oczu w szkołach, ochronach, warsztatach i t. p. zakładach.

16. Zakładanie lecznic okulistycznych, oddziałów ocznych przy szpitalach, wysyłanie ruchomych oddziałów okulistycznych.

17. Zawiązanie międzynarodowego towarzystwa walki z jaglicą.

Referat Dra Steinhausa nie przyszedł do skutku z powodu nieobecności sprawozdawcy.

Wnioski według nadesłanego streszczenia brzmią:

1. Jaglicę uznać musimy jako chorobę pasożytniczą, jakkolwiek drobnoustroju swoistego dla niej jeszcze nie wykazano.

2. Pomimo rozmaitości przebiegu i objawów klinicznych, uważać należy jaglicę za odrębną jednostkę chorobową; różnice przejawów i przebiegu zależeć muszą od stopnia złośliwości zarazka, od wrażliwości gleby i od charakteru ewentualnie przyłączających się zakażeń wtórnych.

3. Jaglica jest zaraźliwa. Zarazek jej przenosi się bezpośrednio z wydzieliną.

4. Ani rasowej, ani osobistej bezwzględnej odporności nie ma.

5. Przypuszczony wpływ klimatycznych warunków niczem udowodnić się nie daje.

6. Dla zarażenia się potrzeba: a) sposobności, t. j. obecności chorego w otoczeniu i możności przeniesienia wydzieliny jego spojówki na swoją i b) odpowiedniej gleby, t. j. podrażnionej przez złe warunki hygieniczne lub jakieś poprzednie cierpienia spojówki.

7. Pozornie przemawiające przeciwko swoistości jaglicy przypadki, w których otoczenie dotkniętego jaglicą, zarażając się od niego, dostaje nie jaglicy, lecz ropotoku, lub ostrego zakaźnego zapalenia spojówki i t. p., dają się z łatwością objaśnić zakażeniami mięszanemi: z przeniesionych z wydzieliną kilku zarazków przyjmuje się na świeżej glebie n. p. jeden i ten nie musi być koniecznie zarazkiem jaglicy.

8. Ponieważ zaraźliwą jest tylko wydzielina chorej spojówki, zabezpieczyć się można od zarażenia przez usunięcie bezpośredniego zetknięcia z wydzieliną zarażonego (oddzielne ręczniki, chustki i t. p.). Brak środków i ciemnota najczęściej nie pozwalają na przeprowa-

dzenie tego, — stąd endemie jaglicy, od których choć w części uchronić może leczenie zarówno pierwszego zakażenia, jak wszystkich nawrotów w specyalnych zakładach.

Dr Dudziński: *Badania bakteryologiczne worka spojówkowego przy jaglicy.*

Autor zbadał 69 przypadków jaglicy, z tych 60 przewlekłych, a 9 ostrych. W przypadkach przewlekłych prawie zawsze daje się wykryć odmiana prątka z grupy kserozy o pewnych, dość stale występujących, własnościach morfologicznych. Prócz tego rzadziej spotykać się dawały i inne prątki, jak staphylokokki, aeroby, najczęściej microc. candicans.

W sprawach, przebiegających z obfitą wydzieliną lub zaostrzeniami, prócz poprzednich, zdarza się także diplobac. Morax, mic. tetragenes, oraz częściej trafiają się staphylokokki. W sprawaach ostrych bardzo często, bo 7 razy na 9 przypadków, znaleziono prątki Koch-Weeksa, oraz znaleziono mic. tetrag., a raz ostre objawy wystąpiły tylko przy obecności diplob. Morax.

Badanie zawartości follikułów dawało zawsze wynik ujemny. Jeżeli spotykano drobnoustroje, to zawsze pochodziły one z powierzchni spojówki.

Następnie autor porównywa wyniki swoje z wynikami Addarica i Gromakowskiego. Następnie rozpatruje w krótkich wyrazach znaczenie poszczególnych drobnoustrojów w przebiegu sprawy jaglicowej.

Odczyty Dra Noiszewskiego odpadły z powodu nieobecności prelegenta, streszczeń zaś tych zapowiedzianych odczytów podać nie możemy, gdyż nie zostały sekcyi nadesłane.

Dr Koliński z Łodzi stawia wniosek, aby dyskusyę odłożyć do najbliższego posiedzenia, z powodu, że obecni nie usłyszeli wywodów dwóch referentów, mianowicie Dra Steinhausa i Dra Noiszewskiego, którzy mogą jeszcze nadjechać i na następnem posiedzeniu referaty swe wygłosić.

Dr Bednarski życzy sobie natychmiastowej dyskusyi.

Prof. Wicherkiewicz popiera ten ostatni wniosek, podnosząc, że dotychczasowi prelegenci dostarczyli już dosyć materyału do rozpraw.

Zebrani zgadzają się na podjęcie dyskusyi.

Dyskusya.

Dr Bednarski używał w przypadkach guzów na spojówce przy jaglicy przypalań suchem gorącem powietrzem z przyrządu Hollaendera z wynikiem dodatnim i sposób ten zaleca.

Prof. W i c h e r k i e w i c z: Nawiązując do pięknych, dopiero co wygłoszonych referatów, pozwolę sobie kilka z mej strony dołączyć uwag:

Co do opanowania endemii jaglicowych w internatach, to najważniejszą sprawą jest hygiena ócz, odnosząca się do ręczników, miednic, czyszczenia lokali szkolnych, sypialń i t. d. Mowca przytacza odnośną endemię w zakładzie głuchoniemych w Poznaniu, trwającą lata, a obejmującą prawie wszystkie dzieci w liczbie przeszło 200. Dopiero ścisłe przeprowadzenie przepisów danych przez mowcę położyło koniec endemii.

Co do szczypców K n a p p a, to są one zupełnie zbędne: za pomocą paznokci, przy odpowiedniej wprawie, daleko oględniej wykonujemy operacyę konieczną. Szczypce te nie tylko drą i zdrową część spojówki, ale nadto łączą z użyciem niebezpieczeństwo zakażenia dla operatora, za czem dość liczne, znane mowcy, przypadki przemawiają.

Prelegent bardzo szeroko rozwodził się nad terapią od najdawniejszych czasów, a jednak pominął niejeden szczegół, niejednego autora.

Nie zamierzam rozwodzić się nad terapią wogóle, chciałbym atoli zaznaczyć skuteczność jadu rzeżączkowego, polecanego, jak Panom wiadomo, przeciw jaglicy. Jest to środek heroiczny i pewno mało kto z nas zdecyduje się go używać, lubo działanie jest skuteczne, o czem miałem sposobność przekonać się przypadkowo. — Przez nieoględność służby 10 osób, dotkniętych ciężką postacią jaglicy z naczyniami na rogówce, dostało w przeciągu trzech dni zakażenia rzeżączkowego od dwóch osób, znajdujących się równocześnie podówczas w mej klinice dla ubogich w Poznaniu. Dzięki izolowaniu chorych i energicznemu osobistemu leczeniu dniem i nocą, udało mi się zapobiedz przykrym następstwom; tylko w jednym przypadku na jednem oku przyszło do wrzodu rogówkowego z perforacyą. Sprawa zakończyła się atoli pokojowo z wytworzeniem zrostu przedniego. Natomiast j a g l i c a w przeciągu kilkotygodniowego leczenia rzeżączki zupełnie znikła, gdy, według wszelkiego prawdopodobieństwa, byłaby do usunięcia wymagała co najmniej kilku miesięcy.

Wkońcu chciałbym jeszcze na jedną okoliczność zwrócić uwagę, dziwnym zbiegiem okoliczności albo wcale nieuwzględnianą, albo z niedostatecznym naciskiem.

Otóż zdarza się, że po wyleczeniu jaglicy i zmniejszeniu zmętnień rogówkowych chorzy nasi na jedno lub drugie oko nie widzą tyle, ileby wobec zmian rogówkowych widzieć powinni. Nie tylko wzrok naosiowy ograniczony, ale także i pole dośrodkowo zwężone. Badając napięcie, przekonamy się, że mamy do czynienia

z podniesieniem mniej więcej znacznem, w każdym razie wyraźnem. Jest to więc jaskra zwyczajna przewlekła, która niespostrzeżenie wobec objawów rogówkowych przebiegała. Jeżeli w podobnych razach na tę ewentualność zważać będziemy, nie zaskoczy nas niespodzianka. Przyczyny podniesienia napięcia i jego następstw szukać trzeba, zdaniem mojem, w ścieśnieniu dróg odpływowych przez sprawę jaglicową sklerotyczną, toczącą się w otoczeniu rogówki (episcleritis). A zapobiedz możemy jedynie przez wczesną irydektomię lub też sklerotomię. Wreszcie podnoszę, że jaglica często ma podstawę skrofuliczną lub nawet syfilityczną, co przy leczeniu winno być uwzględnionem.

Dr Koliński: Różnica w wynikach statystycznych pochodzi stąd, iż jedni, jako unitaryści, wszelką nierówność na spojówce nazywają jaglicą, inni zaś są dualistami. K. jest unitarystą, na zasadzie długiego szeregu liczb konfrontacyi, uczynionych na chorych. Trachoma jest w związku z zakażeniem dwoinką Neissera, która widocznie z czasem traci swą energię, a nawet zewnętrzny wygląd. Najwięcej świeżych wypadków jaglicy spostrzegał w wieku od 16—40 lat życia, to jest w peryodzie największego napięcia czynności płciowych. Protargol okazuje się skutecznym w świeżych wypadkach tak jaglicy, jako też i blenorrhoea neonotorum.

Cetnarowicz jest zdania, iż w etyologii jaglicy gra rolę wiele bardzo czynników: już sama budowa anatomiczna spojówki jako tkanki gruczołowej sprzyja niemal fizyologicznej sprawie tworzenia się mieszków, a od tej do folliculosis i do jaglicy droga bardzo bliska. Wszak każde podrażnienie spojówki sprowadza rozszerzenie naczyń i przypływ krwi, stąd i zapalna sprawa i leukocytoza, tę zaś równie dobrze mojem zdaniem wywołać jest w stanie laseeznik Neisser'a, Weeks'a i Morax'a i wiele innych, szkodliwie na spojówkę działających wpływów. Nie znaleziono dotychczas, pomimo licznych poszukiwań, laseeznika jaglicy dla tej prostej przyczyny, iż go niema. Prócz przyczyn, działających bezpośrednio na spojówkę, istnieją i warunki konstytucyi organizmu, te grają, zdaniem wielu autorów, że wspomnę Panas'a, ważną rolę w powodowaniu jaglicy, więc scrophulosis, tuberculosis i syfilis.

Są to więc czynniki różne i wielorakie, które mogą wywołać zmiany w spojówce, odpowiednio zaś do nich raz granulacye mogą być zaraźliwe, drugi raz nie.

Dr Bałłaban poleca przy ostrej jaglicy zmywania spojówek słabym rozczynem sublimatu i trzy razy dziennie położenie worka z lodem. Przy silnym ropieniu 5$^0/_0$ argentaminę.

Przy przewlekłej formie wygniecenie jagieł, przy twardym zaś nacieku spojówki i znacznym przeroście brodawkowym wycięcie

spojówki z jagłami i następowe szwy. Przy powikłaniach ze strony rogówki to samo leczenie zamiast zimna stosuje ciepło. Przy zbliznowaceniu i wyschnięciu spojówek mięsienie maściami przeciwzapalnemi.

Po zniknięciu ostrego stadyum przepisuje słaby rozczyn siarkanu miedzi, glycerynę i następowy okład z lodem. Rozczynu siarkanu miedzi i azotanu srebra nie stosuje z powodu silnego drażnienia. Dobry wynik daje mięsienie równemi częściami zwykłej oliwy z naftą. Kol. Bałłaban nie zgadza się z kol. Kolińskim i Cetnarowiczem i jest dualistą, a to dlatego, że pomimo iż postacie przejściowe pomiędzy Conj. folic. i jaglicą są bardzo często zbliżone do siebie, to anatomiczni rzecz biorąc, musimy zawsze uważać jagły jako nowotwory spojówki, podczas gdy ziarna przy folikularce są tylko hyperplazyą istniejących fizyologicznie ziarn.

Prof. Wicherkiewicz:

Co do mnie, zaznaczyć muszę, że jestem zwolennikiem dualizmu, i to na podstawie nie tylko długoletniej praktyki, ale przedewszystkiem badań szczegółowych, podjętych w szkołach, gdy wybuchła epidemia w Poznaniu w r. 1888. Otóż na 11 tysięcy dzieci znalazłem 25% prawdziwej jaglicy, inne przypadki były zapaleniem mieszkowem, które niem pozostało, gdy zapalenia papilarne często przechodziły w zapalenia jaglicowe, jak naodwrót jaglicowe kończyły się później papillarnemi.

We wszystkich przypadkach, gdzie rozpoznanie brzmiało conj. gran., później stwierdziłem blizny, gdy we folliculosis — bo tak nazywam stan samego tylko nabrzmienia wystąpienia mieszków, — lub po conj. follic., ślad nie pozostał.

Zapalenie mieszkowe ostre często bardzo podobnie do jaglicy ostrej występuje, przy dokładnem atoli obejrzeniu często nam się uda różniczkowanie, a ważna to sprawa nie tylko pod względem rokowania, ale także i leczenia. W razie jaglicowego zapalenia od razu wycierania silniejszymi środkami odkażającymi są wskazane, gdy conj. follic. wymaga łagodnego leczenia.

Co do protargolu, to i ja uznaję jego skuteczność, ale nie tylko przeciw rzeżączce, lecz także i przeciw jaglicowemu zapaleniu, lubo nie przyznaję, aby obie postacie zapalenia miały być pokrewne. Wszakże po jaglicy zawsze blizny, po rzeżączce nigdy ich nie ma, jeżeli leczenie było odpowiednie.

Otóż właśnie leczenie nieraz obraz zaciera.

Co do arg. nitr., to nie podzielam zdania kol. Bałłabana i wyznaję, że jak już na posiedzeniu pierwszej sekcyi okulistycznej polskiej w Poznaniu w r. 1884, tak też i dziś mógłbym oświadczyć, że nie chciałbym wykonywać praktycznie okulistyki bez tego środka.

Jeżeli szkody widujemy, to dlatego, że środka tego nie stosujemy należycie. Zaczynajmy od słabszych; po silniejszych, gdy je chorzy znoszą, wypłukujmy po 10 minutach spojówkę, a będziemy w odpowiednich przypadkach bardzo zadowoleni ze skutku.

Protargol, tak samo i argentamina, powinny być świeże, bo rozkładając się, łatwo powodują podrażnienie, które czasami przedstawia się nawet w postaci pseudodyfteryi.

Dr Brudzewski zapytuje prof. Wicherkiewicza, czy w przypadkach jaskry, występującej w przebiegu jaglicy, nie było wydęcia rogówki (keratektazyi), spowodowanego długotrwałą łuszczką. Taka keratektazya byłaby dostatecznem usprawiedliwieniem podniesienia parcia śródocznego.

Prof. Wicherkiewicz: Często, lecz nie zawsze. Jaskra występuje wskutek zatkania przez zapalenie przytwardówkowe, towarzyszące jaglicy rogówkowej w postaci episcleritis, żył rzęskowych, ale także przestwór Fontany i kanał Schlemma wskutek niespostrzeżonej irido-cyclitis, kerato-iritis mogą doznać zwężenia, co oczywiście do jaskry się przyczynia.

Uchodzi to naszej baczności, gdy rogówka zakryta. Dlatego stawmy sobie zadanie, by zawsze w takich razach badać napięcie gałki, a łatwiej unikniemy w czas następstw niemiłych.

Dr Koliński broni unitaryzmu, twierdząc, że zasada ta nigdy choremu szkody przynieść nie może. Bierze również w obronę szczypczyki Knappa, któremi się chętnie posługuje i które mu dobre oddają usługi. Następnie gorąco zaleca wypalanie ziarnistości jaglicowych za pomocą galwanokautera, który u niego nie opuszcza nigdy ordynacyjnego stołu. Blizny, które po galwanokaustyce występują, są nieznaczne i nie sprowadzają szkodliwych następstw. Nakoniec wypowiada zdanie w myśl zapatrywań unitarystów, że jaglica nieleczona ustępuje w lżejszych przypadkach bez pozostawienia blizn na spojówce.

Prof. Wicherkiewicz: Kol. Kolińskiemu odpowiem, że właśnie jaglica zawsze blizny pozostawia, nawet, gdy nie jest leczona, to jest, gdy nastąpiło samowyleczenie, jak się tylokrotnie miałem sposobność przekonać, badając osoby towarzyszące chorym, osoby, które wypierały się, by kiedykolwiek chorowały, a u których ślady przebytego zapalenia jaglicowego pozostawały.

I ja stosuję galwanokaustykę, ale nie wspomniałem o tem, gdyż nie wyczerpujemy tutaj tematu leczenia.

Dr Talko: Jaglica jest ciężką plagą, trapiącą ludzkość. Jeśli spojrzymy na rozpowszechnienie się jej geograficzne wśród krajów Europy, to niewiele znajdziemy okolic wolnych od tej plagi, natomiast nasze ziemie, jak Galicya i Królestwo, prócz tego znaczna

część Rosyi bardzo ciężko pod tym względem są nawiedzone. Ruchome oddziały okulistyczne, jakkolwiek oddają niezaprzeczone usługi tam, gdzie chodzi o jednorazową pomoc, lub o operacye tak efektowne, jak n. p. operacya katarakty, to jednak nie są w stanie sprostać swemu zadaniu i okazują się wprost, jako nie odpowiadające celowi tam, gdzie chodzi o zwalczanie chorób tak przewlekłych i tak długiego wymagających leczenia, jak jaglica. W leczeniu jaglicy uznaje ważność mechanicznych sposobów usuwania ziarnistości, które w każdym wypadku skłonnym jest uważać za jaglicowe, należąc razem z Drem Kolińskim i Drem Cetnarowiczem do obozu unitarystów. Do wygniatania używa zamiast szczypczyków Knappa zgrabniejszych i wygodniejszych szczypczyków Donberga, niedawno zabitego profesora okulistyki w Petersburgu.

Dr Kramsztyk stawia wniosek o zamknięcie posiedzenia ze względu na zmęczenie uczestników, żąda jednak, aby następne posiedzenie rozpoczęto podjęciem w dalszym ciągu rozpraw nad tyle ważną sprawą zwalczania jaglicy.

Wniosek przyjęto.

Koniec posiedzenia o godz. 6·15.

V. LECZNICTWO.

23. Działanie validolu przeciw mroczkom lśniącym *(scotoma scintillans).* Na podstawie dodatnich wyników, osiągniętych przez stosowanie validołu w 5 przypadkach mroczków lśniących, zachęca Neustatter do dalszych doświadczeń nad działaniem tego środka. Validol ma według niego równie dobrze działać przeciw mroczkom, jak i przeciw towarzyszącym bólom głowy. Validol jest połączeniem kwasu kozłkowego z mentolem. Przedstawia się jako ciecz oleista, o woni eterycznej, a podany na cukrze, odznacza się przyjemnym, orzeźwiającym smakiem.

Środek ten, zresztą zupełnie nieszkodliwy, podaje się w ilości 15—20 kropli na miałkim cukrze.

„Ophthalmologische Klinik". 1900. Nr. 12). *Schayer.*

24. Wyprysk powiek przy silnym nieżycie spojówkowym i zapaleniu brzegu powiekowego leczy Unna opaską z muślinu cynkichtyolowego albo też muślinem, posmarowanym maścią z cynku i tlenku rtęci. Muślin taki pokrywa się odpowiednim wacikiem, umaczanym w płynie, stosownie do cierpienia, n. p. w wodzie borowej, ołowiowej, rumiankowej, kminkowej i przytwierdza stosowną opaską.

„Monatshefte f. Dermatologie". T. XXIX. Nr 1.

25. **Larginę** stosuje Almkwist z dobrym skutkiem przy rzeżączce dzieci i dorosłych. 4—5 razy dziennie pędzluje po oczyszczeniu spojówkę 2% rozczynem. Skutek miał być w świeżych przypadkach dobry, mniej chwali go autor, gdy przyszło do wrzodów rogówkowych, albo gdy largina już dłuższy czas, choćby w ciemnem nawet miejscu, była przechowywaną. Pod tym względem i ten środek dzieli tę samą własność z protargolem i argentaminą, o której w przeszłym zeszycie „Postępu“ mówiliśmy. *W.*

VI. ROZMAITOŚCI.

Nagminne zapalenie spojówki, wywołane zakażeniem w kąpieli. W jednym z ostatnich zeszytów „Berliner Klin. Wochenschrift“ czyni Dr Schulz wzmiankę o 18 przypadkach jaglicy, spostrzeganych w miesiącach sierpniu i wrześniu z. r. w poliklinice Dra Settegasta w Berlinie u młodych ludzi, którzy równocześnie uczęszczali do pewnego berlińskiego zakładu kąpielowego (Ostbad przy Palissadenstrasse). Kąpali się oni w dużym basenie do pływania, w którym zarząd zakładu tylko 2 razy na tydzień poleca zmianę wody. — Dr Fehr, I asystent polikliniki Hirschberga, podał na listopadowem posiedzeniu berlińskiego towarzystwa oftalmologicznego sprawozdanie z 40 przypadków zapalenia spojówki, spostrzeganych w poliklinice Hirschberga w tym samym mniej więcej czasie i pochodzących niewątpliwie z tego samego źródła, co tamte. Wszyscy ci chorzy, po większej części ludzie młodzi, chodzili się kąpać do wyżej wspomnianej pływalni. Jakkolwiek obraz zapalenia łudząco był do ostrej jaglicy podobny, to jednak rozpoznanie to postawiono tylko z zastrzeżeniem. Dalszy przebieg usprawiedliwił tę ostrożność rozpoznawczą, bo we wszystkich przypadkach pod wpływem stosowania azotanu rtęciowego w krótkim stosunkowo czasie przyszło do wyleczenia bez pozostawienia jakichkolwiek blizn. Postać tę zatem zapalenia spojówkowego należy uważać za *conjunctivitis infectiosa,* mimo, że badania bakteryologiczne wypadały z reguły ujemnie. W jednym tylko przypadku wykazano w wielkiej ilości prątki pseudodyfterytyczne. Prątkowi temu jednak nie można przypisać znaczenia etyologicznego, gdyż, jak wiadomo, znajduje się on w worku spojówkowym także w warunkach prawidłowych. *K. W. M.*

Pannus trachomatosus crassus znikł prawie zupełnie u 22letniej dziewczyny po przebyciu róży twarzy, — jak donosi Dr Baeck w „Centralbl. f. Augenheilk“. Luty.

Hygiena oczna a pisma okulistyczne peryodyczne. Herm Cohn słusznie żali się w „Ophthalm. Klinik“. 1900. Nr. 1—5 na nieuwzglę-

dnianie zasad hygieny ze strony pism, które są w pierwszym rzędzie do tego powołane. I tak na 10 pism oftalmologicznych niemieckich, tylko 3 odpowiadają najniższym wymogom hygieny. Autor domaga się, aby petit znikł ze wszystkich pism fachowych okulistycznych, aby każdy egzemplarz miał ciemny druk, a czcionki same były grubsze. Mybyśmy dodali jeszcze, aby i papier był odpowiedni, przedewszystkiem, aby unikano papieru mocno połyskującego, na jakim n. p. drukowany jest podręcznik Fuchsa.

Odczepienie siatkówki przy chorobie Brighta badał Goldzieher i dochodzi na podstawie odnośnego przypadku do wniosku, że odczepienie jest następstwem nabiegu wodnistego (oedema) siatkówki z wykluczeniem wszelkiego ciągnięcia ze strony ciała szklistego.
„Ophthalm. Klinik". 1900. Nr. 3—5.

Irydektomie przeciw jaskrze przewlekłej zwyczajnej polecają na podstawie nowych doświadczeń Truc i Chauvin, zaznaczając, że po tym rękoczynie sprawa chorobowa nie postępowała więcej. —
„Arch. d'Ophthalm." 1900. Nr 1.

To cierpienie leczy Allard galwanizowaniem nerwu współczulnego, używając do tego silnych prądów. Skutek leczenia objawia się: w opadnięciu napięcia śródocznego, ustąpieniu albo zwolnieniu boleści i podniesieniu wzroku, o ile nerw wzrokowy nie uległ zbytnio zanikowi. Przy wcześnie rozpoczętem leczeniu może nawet naosiowy wzrok i pole widzenia powrócić do stanu prawidłowego.
„Ophthalm. Klinik." 1900. *W.*

Słówko o sideroskopie. Sideroskop, którym — właściwie igiełką magnetyczną — dopiero od lat 20 posługujemy się w praktyce okulistycznej w celu wykrycia ciał stalowych i żelaznych, uwięzionych w głębi oka, głównie dzięki odpowiedniemu przyrządzeniu i zastosowaniu go przez Asmus'a (1894), którego aparat ulepszyli Wachsmuth i Axenfeld (1899), znany już był dawno w polskiem piśmiennictwie. Tak Teodor Narbutt, znakomity historyk Litwy, ogłosił w „Dzienniku Wileńskim" rozprawę p. t. „Sideroskop, nowe narzędzie magnetyczne, wynalazku p. Le Baillif". 1829. U S. IV. 131,—jak o tem wspomina Dr J. Bieliński w cennem swem dziele p. t. „Stan nauk lekarskich za czasów Akad. medyko-chirurg. wileńskiej". 1889. Str. 164. *Dr J. Talko.*

VII. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Kazimierz Noiszewski, właściciel oftalmicznej lecznicy w Dźwińsku (Dynaburg), po obronie rozprawy p. t. „Włoskowate czucie

skóry“ w petersburskiej wojenno-lekarskiej Akademii, otrzymał r. b. w maju stopień Dra medycyny.

Dyrektorem i naczelnym lekarzem petersburskiej ocznej lecznicy naznaczono Dra T. Schroedera, byłego starszego ordynatora tejże lecznicy.

VIII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

We wtorek dnia 20 czerwca (3 lipca) dokonano w Petersburgu zamachu na życie okulisty prof. Hermana Donberga podczas udzielania porady chorym w jego gabinecie. Prof. D., raniony dwukrotnie kulą w brzuch, zmarł nazajutrz. Urodzony w roku 1852, był profesorem oftalmologii w klinicznym instytucie w. ks. Heleny Pawłówny i konsultantem przy zakładach imienia cesarzowej Maryi.

Omyłki drukarskie.

Na str. 212 „Postępu Okulistycznego“ w przypisku powinno być zamiast 1900 r. — r. 1899.

OGŁOSZENIA.